

## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis **BISS32**.

Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

### PATIENT

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (tagsüber)

\_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)

\_\_\_\_\_  
Beruf

### E-Mail-Adresse (für die elektronische Rechnungslegung)

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse/-versicherung

Privatversichert       Beihilfeberechtigt       Gesetzlich versichert

KFO-Zusatzversicherung

### HAUPTVERSICHERTE PERSON/ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R/RECHNUNGSADRESSE

**identisch**

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (tagsüber)

\_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)

\_\_\_\_\_  
Beruf

### E-Mail-Adresse (für die elektronische Rechnungslegung)

### ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R (falls abweichend von hauptversicherte Person/Zahlungspflichtige/r)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon

### IHR ZAHNARZT

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Ort

BEFINDEN SICH VERWANDTE/BEKANNTE BEI UNS IN BEHANDLUNG?

Nein       Ja/Name \_\_\_\_\_

WURDE DER KIEFERBEREICH IN DEN LETZTEN 12 MONATEN GERÖNTGT?

Nein       Ja, bei Praxis \_\_\_\_\_

PRESSEN ODER KNIRSCHEN SIE MIT DEN ZÄHNEN?

Nein       Ja

WURDE SCHON KIEFERORTHOPÄDISCH BEHANDELT?

Nein       Ja, bei Praxis \_\_\_\_\_

HABEN SIE ALLERGIEN?

Nein       Ja. Welche \_\_\_\_\_

HABEN SIE ERKRANKUNGEN/VERLETZUNGEN/OPERATIONEN IM MUND-,  
KIEFER-ODER GESICHTSBEREICH?

Nein  Ja. Welche \_\_\_\_\_

WIRD AM DAUMEN GELUTSCHT?

Nein  Ja

WIRD EIN SCHNULLER BENUTZT?

Nein  Ja

WERDEN FINGERNÄGEL GEKAUT?

Nein  Ja

BESTEHEN BESCHWERDEN DES KIEFERGELENKS, DER KAU- ODER NACKENMUSKULATUR?

Nein  Ja

HABEN SIE HÄUFIG KOPFSCHMERZEN?

Nein  Ja

BESTEHEN RHEUMATISCHE ERKANKUNGEN?

Nein  Ja

LIEGT EINE ERSCHWERTE NASENATMUNG VOR?

Nein  Ja

WURDEN MANDELN ODER POLYPEN ENTFERNT?

Nein  Ja

LIEGT EINE INFEKTIONKRANKHEIT (Z.B.: HIV, TBC, HEPATITIS) VOR?

Nein  Ja. Welche \_\_\_\_\_

PATIENTINNEN: LIEGT EINE SCHWANGERSCHAFT VOR?

Nein  Ja  Ungewiss

SIND HOBBY ODER BERUF VERBUNDEN MIT:

Gesang  Geige  Blasinstrument  Ballsport  Kampfsport

RAUCHEN SIE?

Nein  Ja

SIE WÜNSCHEN, DASS FOLGENDE BESONDERHEITEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN:

---



---

## DIE PRAXIS BISS32 MÖCHTE IHNEN ZUSÄTZLICH FOLGENDE INFORMATIONEN GEBEN:

### Gesetzlich versicherte Patienten:

Wir bitten darum, uns rechtzeitig bei jedem Quartalswechsel Ihre Krankenversichertenkarte G2 vorzulegen, ansonsten gehen wir davon aus, dass Sie eine Privatbehandlung wünschen. Vergessene Krankenversicherungskarten sind innerhalb von 10 Tagen nach Behandlung nachzureichen.

### Privatpatienten, insbesondere Beihilfeberechtigte:

Erkundigen Sie sich bitte im Falle einer Behandlung möglichst vor Beginn der aktiven Therapie bei Ihrem Kostenträger über die mögliche Kostenerstattung. Eine vollständige Erstattung ist nicht immer gewährleistet.

### Hinweis zur Organisation:

Die vereinbarten Termine sind für Sie reserviert. Bitte vermeiden Sie kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen. Wir sind berechtigt, diese auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten | der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt genutzt. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden. Die kieferorthopädische Befunderhebung und Planung darf meinem Zahnarzt übermittelt werden. Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patient/Versicherter/Erziehungsberechtigter)

Wir freuen uns über Ihren Besuch und werden Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten!